Fiche pratique : Modes de paiement en cabinet de médecine générale

Le but de ce document est de proposer aux internes en médecine générale, actuellement en stage chez le praticien, une aide facilement consultable à l'occasion de la confrontation à de légitimes difficultés ou hésitations à remplir les feuilles de soins en fin de consultation. Vos remarques et vos suggestions seront des plus utiles.

1. Généralités

- Différentes options sont proposées ou imposées au patient en fin de consultation selon la nature de l'acte, la protection sociale dont il dispose, son statut personnel vis à vis du cabinet médical, etc…Celles-ci sont présentées ci-après.
- La nature de la prise en charge de l'acte médical est le 1er temps du règlement (tiers payant ou paiement direct) puis dans un 2me temps, le mode de paiement est variable (espèces, chèque, carte bancaire...)
- L'exercice de la médecine générale est un exercice exigent à tout instant. Le travail ne s'arrête pas une fois le patient sorti de la salle de consultation. La maitrise des paiements est importante pour assurer la pérennité du cabinet médical et accessoirement permettre au médecin d'en vivre honnêtement

2. Paiement direct et tiers payant

Le paiement à l'acte est un des fondements de l'exercice médical en France. Il n'y a pas de « forfait de soins » à ce jour pour la pratique en médecine de ville sauf en de rares cas (médecine thermale par exemple) Chaque acte est donc rémunéré au médecin soit directement par le patient soit par l'Assurance Maladie pour les actes enregistrés dans la nomenclature officielle des actes médicaux. Les actes hors-nomenclature ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

Les actes pris en charge par l'assurance maladie peuvent être réglés immédiatement par le patient (paiement direct) ou secondairement par un organisme l'assurance maladie (tiers payant) Quelque soit la nature du payeur ou le mode de paiement, il est crucial que ces données soient parfaitement notées dans le dossier du patient. Ces données sont nécessaires pour le bon règlement des sommes dues au médecin, la tenue de la comptabilité, le paiement des charges sociales obligatoires et des impôts et enfin pour assurer la transparence des rapports avec le patient.

Le paiement direct est l'option la plus fréquente en cabinet de ville. Le patient règle sa consultation et se fait rembourser par la sécurité sociale (70% de la somme versée chez le généraliste) et s'il dispose d'une complémentaire, de la somme restante (30%) Une somme forfaitaire de 1 euro est systématiquement retenue par la sécurité sociale au titre des franchises médicales (sauf enfants, femmes enceintes, CMU et AME, AT, MP, article 115)

Le système du tiers payant dispense l'assuré, sous certaines conditions, de faire l'avance des frais médicaux. Les actes du médecin généraliste conventionné en secteur I, sont remboursés à 70% par la Sécurité Sociale dans le cas général mais les actes en ALD, accident du travail, maladie professionnelle, etc … sont remboursés à hauteur de 100 % (moins la franchise de 1 euro par acte quelque soit la nature de l'acte ou son taux de remboursement, la franchise est due par le patient et jamais par le médecin) En cas de tiers payant, l'assurance maladie rembourse le médecin directement à réception de la feuille de soins adressée par voie électronique (système Sesam Vitale) ou par courrier . La somme restant à la charge du patient correspond au ticket modérateur. Ce ticket modérateur peut être pris en charge par un organisme complémentaire (mutuelle par exemple) Le médecin peut pratiquer le tiers payant sur la partie remboursée par la sécurité sociale uniquement (AMO) ou sur la totalité de la somme due (assurance maladie + assurance complémentaire : AMO +AMC)

Index

1. Paiement direct par le patient
2. Tiers payant obligatoire
3. Tiers payant facultatif
4. AME : Aide Médicale Etat
5. CMU(C) : Couverture Médicale Universelle (Complémentaire)
6. AT et MP : Accidents du Travail et Maladies Professionnelles
7. Médecin Référent
8. Article 115
9. Consultation après bilan santé Sécurité sociale
10. Médecin agréé
11. Certificats demandés par les assurances
12. Tiers payant pour « difficultés financières »

13. Glossaire

14. Tableau récapitulatif

(1) Paiement direct par le paient (pas de tiers payant):

- Paiement direct par le patient au médecin à l'issue de la consultation
- La carte Vitale n'est pas une carte de paiement mais permet uniquement de dématérialiser la feuille de soins.
- Actes hors convention (assurances, expertises, certificat coups et blessure, sport, …)
- Absence de documents certifiant la prise en charge du patient (carte Vitale non à jour des droits, absence d'attestation de l'assurance maladie à jour des droits, …

(2) Tiers payant obligatoire (exigé par l'assurance maladie)

- Couverture Médicale Universelle Complémentaire « CMUC »
- Aide Médicale Etat « AME »
- Accidents du travail et Maladies professionnelles (AT, MP)
- Article 115 (pensionnés de guerre, anciens combattants, …)

(3) Tiers payant facultatif

- Contrat médecin référent
- Possibilité de tiers payant pour difficultés financières depuis l'entrée de la convention de fin 2011
- Visite post-bilan de santé quinquennal proposé par l'assurance maladie
- C e tiers payant s'appuie obligatoirement par la présentation par le patient d'une attestation de sécurité sociale ou d'une carte vitale à jour des droits
- Vérifier à chaque fois l'existence d'un médecin traitant . Dans le doute, faire remplir au patient une nouvelle déclaration de médecin traitant que le praticien enverra directement au centre de sécurité sociale du patient. Possibilité de signer cette option en ligne via l'Historique des remboursement sur Ameli.fr.

(4) Aide Médicale Etat « AME ». Tiers payant intégral

- l'AME permet l'accès aux soins des personnes qui ne peuvent bénéficier juridiquement de la CMU. Il s'agit des personnes françaises en défaut d e papiers (SDF par exemple) ou de personnes étrangères en situation irrégulière ou non, présentes sur le territoire sans interruption depuis trois mois. Le patient ne doit pas disposer de revenus au-delà d'un seuil fixé administrativement. L'AME permet l'accès à l'ensemble des soins hospitaliers et de ville mais certains soins non indispensables ou non urgents et de coût très élevé, peuvent ne pas être pris en charge par l'AME. Le patient doit s'adresser aux services sociaux, remplir le formulaire S 3720 et acquitter un droit de timbre annuel de 30 euros par an, pour lui ainsi que pour toutes personnes majeures qui lui sont rattachées.
- Les numéros sécurité sociale en AME commencent par 7 pour les hommes et 8 pour les femmes.
- Le patient doit présenter à chaque consultation la feuille de notification d'AME. Ces feuilles sont progressivement remplacées par des cartes plastiques comportant la photo de l'assuré.
- Le médecin est obligé de recevoir les patients en AME et pratiquer le tiers payant intégral. Il doit remplir une feuille de soins et adresser cette feuille à la CPAM du département de résidence du patient.
- Le médecin doit impérativement conserver la photocopie de la notification d'AME ou la scanner. Cette copie sert de preuve en cas de difficulté de remboursement auprès des organismes de Sécurité Sociale
- Mode d'emploi : remplir une feuille de soins papier avec nom**,** prénom, date de l'acte, numéro SS, codification des actes. Bien cocher les cases « n'a pas payé la partie obligatoire » ET « n'a pas payé la partie complémentaire ». Noter « AME + numéro du département d'habitation du patient », faire signer la feuille au patient. La feuille est récupérée par le médecin qui envoie cette feuille de soins au centre de SS noté sur l'attestation ou la carte du patient afin d'obtenir son remboursement direct .
- Pas de médecin traitant en AME. Pas de franchise due par le patient.

(5) CMU et CMU-C

- **CMU de base** - CMU: « couverture médicale universelle ». Permet l'accès aux soins pour toute personne résidant en France et n'étant pas couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie. La CMU correspond aux droits sécurité sociale de base (remboursement à 70 % des consultations) Pour le médecin, possibilité de faire le tiers-payant mais uniquement sur la partie SS, soit 70% (16.90 euros sur 23) Il est rare que des assurés ne bénéficient que de la CMU de base. Voir ci-dessous.

- **CMU complémentaire -CMU-C**: protection complémentaire à la CMU de base, équivalente à une complémentaire. Accès à la CMUC selon les revenus. Pour bénéficier du tiers payant chez le médecin, la CMUC doit être notifiée sur la carte vitale ou à défaut sur la notification papier remise par la caisse. Le médecin utilisera de préférence la carte vitale obligatoirement à jour des doits AMO et AMC. La feuille de soins papier doit rester l'exception ! Conserver la photocopie de l'attestation papier dans le dossier, idéalement par scannage.

- Durant un an après la fin des droits à la CMU, le médecin peut pratiquer le tiers payant. Cette option est désuète en 2012 car le tiers payant est possible pour tous.

- **Attention, il faut absolument vérifier à chaque consultation l'existence ou non d'un médecin traitant** !! La non déclaration d'un médecin traitant entraine un remboursement pour le médecin à hauteur de 30% au lieu de 70% de l'acte effectué. Le médecin est donc directement responsable de la signature ou pas du contrat. Il faut soit utiliser l'historique des remboursements pour vérifier l'information ou lui faire d'office une déclaration de médecin traitant, noter sur la feuille de soins électronique ou papier « nouveau médecin traitant » et envoyer soi-même la feuille de MT à la caisse dont dépend le patient. Possibilité de signer le contrat MT sur l'Espace Pro de Ameli.fr.

- Mode d'emploi : remplir une feuille de soins papier avec nom**,** prénom, date de l'acte, numéro SS, codification des actes. Noter le nom+prénom + date de naissance du patient et nom+prénom+ numéro SS de l'ayant-droit si nécessaire. Bien cocher les cases « n'a pas payé la partie obligatoire » ET « n'a pas payé la partie complémentaire ». Noter « CMU+ numéro du département d'habitation du patient », faire signer la feuille au patient. La feuille est récupérée par le médecin qui envoie cette feuille de soins au centre de SS noté sur l'attestation ou la carte du patient afin d'obtenir son **r**emboursement direct . Noter la consultation et son mode de paiement dans le dossier patient.

(6) Accidents du travail (AT) et Maladies professionnelles (MT)

- La législation des accidents du travail et des maladies professionnelles défend bien la victime d'un AT ou d'une MP. De son côté, le médecin doit veiller à la qualité de ses soins médicaux et de la bonne tenue administrative du dossier tant pour lui que pour le patient. Malheureusement, une large partie des AT (50% ?) sera médicalement close sans que les documents administratifs du patient ne soient à jour dans leur totalité (feuillet de déclaration absent ou non correctement rempli par l'employeur !)

- L'employeur : La déclaration de l'AT par l'employeur est obligatoire auprès de la Sécurité Sociale dans les 48 heures qui suivent cet accident, par courrier recommandé avec accusé de réception. La déclaration ne certifie pas automatiquement l'accord de prise en charge de cet AT par la Sécurité Sociale. Ce feuillet administratif de déclaration n'est pas remis à la victime mais l'employeur ou le responsable immédiat de la victime doit lui remettre obligatoirement dès la connaissance de l'accident la « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle » cerfa 11383*02. Il s'agit d'une feuille de couleur mauve, recto-verso- qui sera conservée tout au long des soins de l'AT par le patient et impérativement présentée à chaque consultation pour bénéficier du tiers payant. Elle doit être remplie par l'employeur avec précision avec le tampon de l'entreprise et la notification de la nature et du siège de la/les lésions visibles ou ressenties par le patient. Elle doit être remise au plus tôt au blessé.

- L'assuré : Cette feuille permet à l'accidenté de ne pas payer les consultations, les examens et les soins en relation avec l'AT en question. Elle lui permettra aussi de garder la mémoire de son accident en cas de déclaration de rechute, d'aggravation ou de séquelles. Demander au patient de la faire photocopier avant de l'envoyer à la Sécurité Sociale en fin de soins et de bien en conserver la copie

- Le médecin : Pour bénéficier du tiers payant intégral prévu par la législation, la victime doit absolument présenter au médecin le feuillet de déclaration d'accident du travail remise par l'employeur dès la connaissance de cet accident . Le médecin pratique le tiers payant intégral uniquement au vu de ce feuillet. Avant tout, photocopier ou scanner la feuille d'AT qui certifie les coordonnées du patient, de son employeur et les paramètres de l'accident ! Absolument nécessaire pour suivre les remboursements et le cas échéant, contester les défauts de paiement par la Sécurité Sociale

- Le règlement au médecin : le certificat initial est comptabilisé C +0,4K soit 23 + 0,78 euros pour un accident peu grave. C+0,6K pour les accidents graves (23 +1 ,15 euros) et en certificat final C+1K (23 +1,92 euros) Tous les actes intermédiaires sont facturés au tarif habituel. Deux options pour adresser à la sécurité sociale ses demandes de remboursement. Deux options pour le règlement des actes par la Sécurité Sociale :

  1/ Carte Vitale : le médecin se fait régler par la Sécurité Sociale soit en utilisant la carte Vitale du patient (feuille de soins électronique en dégradé, acte en accident) Cette option lourde au quotidien nécessite l'envoi rapide à la Sécurité Sociale d'une feuille de soins papier pour contrôle) Option valable uniquement pour les caisses connectées en AT au service Vitale. La CPAM propose au médecin d'utiliser la carte Vitale pour les AT/MP afin de faciliter les échanges. Le médecin remplit une FSE en AT en notifiant la date de l'accident ou le numéro de l'accident. La FSE est envoyée en fin de journée en télétransmission normale. La CPAM assure payer le médecin dès réception de cette FSE mais le médecin doit impérativement envoyer par la Poste la feuille de soins papier correspondant à cet AT dans les 5 à 10 jours au maximum. Il s'agit d'un double travail (une FSE puis une PSP à envoyer) mais autorisant un règlement plus rapide. Le dégradé n'est possible qu'avec certaines caisses d'assurance maladie acceptant cette procédure (pas de liste officielle).

  2/ Feuille de soins papier : le médecin remplit une feuille de soins papier (cerfa 12541*01). Le remplissage précis et complet de la feuille de soins est essentiel pour en obtenir le règlement : Nom, prénom, numéro SS, date AT, caisse d'affiliation, cocher les cases AMO et AMC, dates et nomenclature des

actes, signature du médecin et du patient. La feuille de soins AT est à envoyer en fin de soins ou une fois les 4 cases de paiement remplies. C'est le médecin qui envoie la feuille et jamais le patient ! Certains employeurs utilisent encore des triptyques, bloc de trois feuillets joints, 1er = feuillet de soins récapitulatif que doit conserver le patient durant toute la durée des soins, 2me feuillet à remplir et à conserver par le médecin pour se faire régler, 3me feuillet pour le pharmacien. Si nécessaire, utiliser des feuilles de soins classiques pour remplacer le feuillet 2 du triptyque. En fin de soins, le médecin adresse à l'organisme de sécurité sociale ou à l'organisme gérant les AT le feuillet récapitulatif des soins à rembourser (feuille de soins récapitulative remplie en AT ou volet 2 du triptyque), d'où l'importance de la photocopie et de la conservation par le médecin du feuillet de déclaration remis par l'employeur qui comprend tous les paramètres de l'AT et de l'accidenté. En cas de FSP classique, le médecin envoie aux différents centres dont relèvent ses accidentés les feuilles de soins une à deux fois par mois par exemple. Le remboursement des soins s'effectue en quelques jours.

- Important : le médecin remplit le verso de la feuille d'AT à chaque consultation avec code des actes effectués (C, V, 0.4K, 1 K, …) montant des actes en euros et enfin signe et tamponne la feuille qui sera remise au patient . Ce feuillet sera impérativement adressé à la Sécurité sociale par le patient à la conclusion de l'AT.

- En l'absence présentation du feuillet de déclaration d'AT remise par l'employeur, le médecin remplit une feuille de soins papier cochée AT.L'accidenté règle alors immédiatement le médecin. A charge pour le patient de se faire rembourser les actes facturés (remboursement à 100% sans franchise en AT/MP) Feuille à remettre au patient pour qu'il se fasse rembourser. Les actes C, C+0,4K ou C=1K sont similaires

(7) Médecin Référent

- Option proposée par la convention médicale de janvier 2005. Il s'agissait d'un contrat passé entre le médecin ayant signé cette convention et les patients qui souhaitaient désigner leur médecin comme « médecin référent ». Le principal avantage pour le patient était la possibilité de bénéficier du tiers-payant partiel ou total selon son statut : ALD, mutuelle, … Cette option est fermée depuis 2008 (plus de nouvelles inscriptions possibles) mais les patients bénéficient toujours en 2012 du tiers payant auprès de leur médecin référent. Les patients en ALD ou ayant une mutuelle ne règlent rien, les autres règlent le ticket modérateur soit 6.90 euros par consultation. Attention, ils doivent avoir aussi signé un contrat de « médecin traitant » sinon le médecin n'est remboursé que 30% au lieu de 70%. Vérification sur attestation papier ou sur l'Espace Pro.

- Feuille de soins électronique ou papier : cocher part obligatoire et si mutuelle, part complémentaire. En cas de FSP ? c'est au médein d'envoyer la feuille de soins au centre de l'assuré.

(8) Article 115

- L'Etat doit gratuitement aux titulaires d'une pension d'invalidité, les prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension. Il s'agit de victimes de guerre, de déportation, d'attentats, …
- Patient : Présentation obligatoire du carnet de soins Article 115 pour bénéficier du tiers payant intégral chez le médecin. Le carnet de soins médicaux gratuits est réservé à l'usage exclusif du titulaire de la pension militaire d'invalidité, pour les soins en relation médicale directe avec la ou les pathologies ayant ouvert droit à pension. Chaque bon de consultation comporte trois parties : prescription pharmaceutiques, autres prescriptions et feuillet médecin pour remboursement.
- Médecin : Le médecin détache le feuillet correspondant à sa consultation et l'envoie à la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS) pour se faire régler. Il n'est pas possible de cumuler le règlement d'une consultation sécurité sociale avec celui de l'Article 115. Il n'est pas possible d'utiliser la carte Vitale ici.

(9) Consultation post examen de prévention Sécurité Sociale

- Tous les assurés sociaux peuvent bénéficier d'un examen de prévention tous les 5 ans. A la suite de cet examen, l'organisme ayant réalisé ce bilan peut demander au patient de consulter son médecin traitant pour lecture du bilan et diagnostic ou soins complémentaires. La Sécurité sociale peut proposer que le patient ne règle pas sa consultation et s'engage à rembourser le médecin consulté à hauteur de 1,5C sot 33 euros. Le médecin envoie le feuillet comportant ses conclusions et la demande de règlement directement à l'assurance maladie. Le système Vitale n'est pas adapté à cette option.
- En l'absence de document explicite de la part de l'Assurance Maladie, c'est au patient de régler sa consultation et secondairement se faire rembourser.

(10) Consultations par médecin agréé

- Médecin agréé : médecin généraliste ou spécialiste ayant fait une demande d'agrément auprès de l'ARS de leur département, recensé sur la liste officielle des médecins agréés du département d'exercice.

- Ces médecins sont amenés à examiner dans leur cabinet les personnes nécessitant un certificat d'aptitude à un emploi dans la fonction publique, les candidats aux écoles, instituts formant du personnel médical et paramédical, les fonctionnaires lors de leur congé de maladie, de longue maladie, ou de réintégration après de tels congés et les étrangers malades sollicitant la délivrance d'une carte de séjour temporaire.

- Tarifs variables selon la nature de l'examen et de la demande de l'organisme. Ces actes ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

- Règlement de l'acte par l'organisme demandant cet examen (ministère, Education Nationale, .. .) nécessitant l'envoi de la facture et d'un RIB ou paiement direct par la personne avec remise d'une facture. Le paiement par un tiers ne peut se faire qu'au vu d'une demande écrite et précise de l'organisme sollicitant l'envoi direct de la facture. En absence de ce document explicite et comportant notamment l'adresse du comptable, il faut exiger immédiatement le règlement de la consultation.

- Ne s'agissant pas d'actes en maladie ou en accident du travail, le système Vitale n'est pas utilisable. Il s'agit d'actes non pris en charge par l'Assurance Maladie.

(11) Assurances

- Les prêts immobiliers sont conditionnés à la production d'un questionnaire médical rempli par le patient et selon la somme empruntée à un examen médical complémentaire plus ou moins complexe (prise de sang, radio des poumons, ECG,..)

- Le coût d'un examen clinique et le remplissage du certificat médical fourni pat l'établissement bancaire par le médecin généraliste consulté est de façon habituelle facturé « 5C » soit 115 euros début 2012.

- Le règlement est effectué par l'assurance de l'organisme préteur au vu du certificat médical rempli par le médecin et remis à la personne (il est interdit d'envoyer directement le certificat médical à l'assurance, le patient pouvant décider au dernier moment que sa demande de prêt n'est plus justifiée ou que les informations inscrites dans son certificat ne le satisfassent pas). L'assurance adresse en général rapidement un chèque au médecin.

- Le règlement est effectué par le consultant soit sur notification de l'organisme d'assurance (le demandeur paye l'acte et l'assurance le remboursera) soit ne disposant d'aucune notification, le patient règle directement. Le médecin lui remet alors une quittance de paiement certifiant le montant de la facture acquittée et le motif de l'examen sans aucune notification d'ordre médical.

(12) Le tiers payant pour les patients en difficultés financières

- La convention de fin 2011 généralise la possibilité de pratiquer le tiers payant. Le médecin peut accorder le tiers payant sur la part obligatoire à des patients qui le nécessitent, en particulier ceux confrontés à des difficultés financières. Le ticket modérateur de 30% de la consultation ou de l'acte médical est à la charge de l'assuré et donc dû au médecin. En ALD, Le patient n'aura plus rien à régler. Attention à ce que le contrat médecin traitant ait bien été signé.

- Le médecin se fait régler directement la part Sécurité sociale (70 ou 100% selon les patients) et le patient règle au médecin 30% (6.90 pour un C 23 euros par exemple

- Feuille de soins électronique ou papier : Cocher « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire sans autre justification

- La gestion du tiers payant nécessite l'utilisation maximale de la carte Vitale à fin de limiter les paperasses et se garantir du règlement effective de la part AMO ! Il semble licite de réserver cette option aux patients présentant une carte Vitale à jour des droits AMO ! A charge aux patients de fournir une carte Vitale à jour (mise à jour de la carte sur borne en pharmacie ou en centre de sécurité sociale)

- Cette option est toute nouvelle sur Paris.

(10) Glossaire

AMO : assurance médicale obligatoire

AMC : assurance maladie complémentaire

Espace Pro : site Internet consultable à partir de ameli.fr, utile pour vérifier les droits des patients et le contrat de médecin traitant. Carte vi

Cerfa : Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs. Documents administratifs officiels et standardisés.

CMU : couverture médicale universelle

CMU-C : couverture médicale universelle complémentaire

TP / Tiers payant : Le système du tiers payant dispense l'assuré, sous certaines conditions, de faire l'avance des frais médicaux.

TM =Ticket modérateur : Part des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale sur la base du tarif du remboursement.

CPS : Carte Professionnel de Santé, fournie par le GIE Sesam Vitale. Obligatoire pour utiliser Vitale

FSP : Feuille de soins Papier

FSE : Feuille de Soins Electronique

SESAM Vitale : acronyme devenu nom propre, le système est géré par le GIE SESAM Vitale

Retour Noémie: Norme informatique (dite Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) fichier contenant l'ensemble des informations sur le traitement des feuilles de soins électroniques en tiers-payant, c'est-à-dire les rejets et paiements (système Sesam Vitale)

RSP : "Rejet Signalement Paiement" Ils avertissent qu'un virement bancaire est adressé au professionnel de santé par le régime concerné en cas de tiers payant (système Sesam Vitale)

ARL : " Accusé de Réception Logique" (système Sesam Vitale)

AT: Accident du Travail

MP : Maladie Professionnelle

Tableau récapitulatif des modes de paiement en cabinet de médecine générale

Statut patient	Document présenté	Règlement au	Document à conserver au cabinet médical	Remarques
AME	Notification AME : papier ou carte plastifiée	Médecin	FSP	• Pas de médecin traitant en AME • Envoi de la FSP par le médecin à la CPAM du département de domiciliation du patient
CMU	Carte Vitale à jour (AMO et AMC)	Médecin	FSE	• Médecin Traitant obligatoirement déclaré • Forçage en FSE si notification papier vue (à jour AMO et AMC) • Scanner et conserver la notification papier
	Notification CMU sous forme papier	Médecin	FSP	• Médecin Traitant obligatoirement déclaré ! • Envoi de la FSP à la CPAM du département de domiciliation du patient • Scanner la notification papier

	Pas de carte Vitale à jour et pas de notification papier	Patient	aucun	• Pas de tiers payant possible • Patient payant la totalité • Feuille de soin papier remise au patient
Accident du travail/Maladie professionnelle	Feuille de déclaration d'AT/MT remise par l'employeur	Médecin	FSP en AT/MP	• Scanner la feuille de déclaration d'AT/MP
	Pas de feuille AT présentée par le patient ou incomplète	Patient	FSP remise au patient	• Demander au patient qu'il rapporte la feuille d'AT pour la prochaine consultation
Article 115	Carnet de soins gratuits	Médecin	Conserver le feuillet règlement médecin	• Envoyer le feuillet à la Sécurité sociale militaire notifiée sur le carnet de soins
Médecin Agréé	Notification de l'organisme demandeur avec feuille de règlement	Médecin	Relevé d'honoraires pré-rempli ou note d'honoraires	• Scanner et conserver la notification • Envoyer la note d'honoraires à l'organisme notifié sur la demande de consultation
	Pas de notification de règlement	Patient	Note d'horaires remise au patient	• Le patient se fait rembourser • Acte non pris en charge par l'Assurance maladie
Assurances	Dossier à remplir avec note d'honoraires jointe	Médecin	Note d'honoraires associée au dossier médical présenté par le patient	• Scanner et conserver la notification • Remise de la note d'honoraires au patient pour transmission à son assurance
	Rien	Patient	Note d'horaires	• Le patient doit adresser la note d'honoraires pour se faire

				rembourser
Aucun document de sécurité sociale présenté par le patient	Aucun document	Patient	FSE ou FSP	• Remboursement à l'assuré
Médecin Référent	Carte Vitale à jour en ALD ou avec mutuelle	Médecin	FSE	• ALD : cocher AMO • Sans ALD mais mutuelle : cocher AMO+AMC
	Carte Vitale non ALD	Médecin	FSE	• Cocher seulement AMO • Faire régler au patient 6,90 euros
Tiers payant pour raisons financières	Carte Vitale à jour	Médecin	FSE	• Tiers payant = 70% de l'acte réclamé à la CPAM • Vérifier l'existence d'un médecin traitant
	Notification papier avec ouverture des droits	Médecin	FSP	• Tiers payant = 70% de l'acte réclamé à la CPAM • Vérifier l'existence d'un médecin traitant

Recommandations supplémentaires

- En tant qu'interne en stage ou en tant que remplaçant occasionnel, la parfaite tenue de la caisse est une nécessité absolue. Dans le 1er cas en tant que nécessité pédagogique, dans le 2me cas, le médecin titulaire vous reverse un pourcentage sur des actes effectués et correctement réglés que ce soit par le patient ou par un organisme extérieur. Une erreur vous exposera vite au non renouvellement de ce votre remplacement chez ce médecin !

- En fin de consultation, vous devez présenter un bilan de recettes précis, complet et sans erreur ou imprécision. Tous les actes de la journée doivent être notifiés avec leur règlement, la nature du règlement (espèces, chèque, carte bancaire, tiers, ..). Les impayés (qui doivent demeurer l'exception) doivent être clairement notifiés et renseignés (raison du non-paiement, éventuelle date prévue de paiement, ..) Enfin, il faut disposer matériellement de la liste des recettes, des recettes (espèces, chèques, talons de carte bancaire) des feuilles de soins papier (CMU-C, AME, médecin référent, …), des feuilles de règlement par tiers (médecin agréé, ..) et des copies des factures émises.

Document proposé par Christophe Bezanson
Généraliste Enseignant – Paris XIII
En collaboration avec les Internes en Médecine Générale de Bobigny
Mis à jour Lundi 16 juillet 2012